

SUMARIO

*A propósito de la comunicación del Dr. Ribeiro. - por el Dr. H. Garcia Lagos.*

*Herida del puño con sección completa tendinosa y nerviosa. - por los doctores Soto Blanco y Mazzuco.*

*Neoplasma de la próstata. Operación de Young. - por el Dr. Lorenzo Mérola.*

*Absorción de glucosa por el recto. - por los doctores Varela Fuentes y Rubino.*

*Lesiones traumáticas simultáneas del esternón y la columna vertebral. - por el Dr. Alfredo Navarro.*

---

Presentado en la Sesión del 28 de Octubre de 1931

Preside el Dr. Armand Ugón

*A propósito de la Comunicación del Dr. Ribeiro*

Por el Dr. H. GARCIA LAGOS

Con motivo de la comunicación del Dr. Ribeiro sobre Espondilitis tífica, en la última sesión manifesté mis opiniones sobre ese interesante tema y sobre las hermosas placas presentadas.

Localizando la discusión al diagnóstico precoz de la espondilitis tífica, dije en esa sesión que la espondilitis tífica aparece poco tiempo después de una tifoidea y que se caracteriza radiográficamente por una desorientación del tegido óseo y no por una decalcificación. Dije también que la espondilitis tífica tiene tendencia precoz a la neoformación de hueso y que en eso difiere de la tuberculosis, en la que esa tendencia precoz no existe, pues las fenómenos de cicatrización del mal de Pott son mucho más tardíos y corresponden a muchos meses y aún a años después de empezada la enfermedad.

Agregaré en refuerzo de mi exposición que cuando la estructura de una vértebra se deforma y meses después se reconstruye, que eso no es carácter de tuberculosis y sí de osteitis infecciosa de tipo osteomielítico a estafilococos o a bacilos de Eberth.

Por lo tanto es muy importante y decisivo para poder opinar sobre el diagnóstico de la imagen radiográfica saber en qué momento de la evolución de la enfermedad se ha tomado la placa.

He visto cicatrices tardías de espondilitis tíficas en que la vértebra era completamente opaca como todo hueso ebúrneo de osteomielitis condensante.

En primer lugar para diagnosticar una espondilitis tífica hay que hacer radiografías repetidas con 4 o 6 semanas de intervalo. En la tuberculosis bastan radiografías cada seis meses o cada año.

Si en las radiografías hechas durante los primeros dos o tres meses ya aparecen neoformaciones óseas en las partes blandas perivertebrales, hay que creer que se trata de una espondilitis tífica.

Es interesante hacer notar que es en la placa antero posterior que se ven los puentes y neoformaciones y el aspecto borroso de las vértebras. La imagen transversal no revela esas neoformaciones, tan solo pone en evidencia la ausencia de decalcificación y las lesiones de osteoartritis con deformación de las epifisis y opacidad de los espacios intervertebrales y desaparición del espacio. No se ven abscesos por congestión.

En la tuberculosis la placa antero posterior da tan solo la disminución del espacio intervertebral y la imagen de decalcificación precoz. No hay neoformaciones óseas perivertebrales.

Entre las placas que voy a demostrar hay algunas donde los caracteres de lesión ebertiana son abundantes:

1.º Enfermo con una tifoidea reciente y con reacción de Widal comprobada.

2.º Varias vértebras dorso lumbares tomadas.

3.º Velo de desorientación de la osificación.

4.º Puentes en la imagen anteroposterior.

5.º Alteración importante del espacio intervertebral.

6.º Precocidad de la aparición de los caracteres de osteogenesis.

Cuando una vértebra enferma aparece destruída y luego en radiografías posteriores aparece reconstruída, esa vértebra no presenta los caracteres de una vértebra Pottica. Tendré el gusto de mostrar una imagen de ese tipo y creo que ustedes opinarán conmigo que ese no es un carácter de osteitis tuberculosa y sí de osteitis infecciosa.

Esta reconstrucción del hueso, pocos meses después de la desorientación trabecular es característica de las osteitis infecciosas.

En el mal de Pott el período de reconstrucción es mucho más tardío. Las etapas radiográficas de la reconstrucción osteomielítica son rápidas. Las etapas de la reconstrucción pottica se hacen esperar.

Este es el criterio que se debe aplicar al estudio de las espondilitis que aparecen en la convalecencia de una tifoidea bien diagnosticada.

Pero no siempre el diagnóstico será tan sencillo. Nuevas placas pueden demostrar la ausencia de puentes y la ausencia de reconstrucción de la vértebra. En esos casos, el diagnóstico quedará dudoso y a pesar del antecedente tifoidea, la conducta terapéutica será la que exige un mal de Pott posible.

No es ésta la única forma de espondilitis tífica. Hay seguramente formas puramente óseas con destrucción completa del hueso.